

Guía NICE insuficiencia cardíaca crónica.

Se ha publicado la [guía NICE sobre insuficiencia cardíaca crónica diagnóstico y tratamiento](#), que actualiza la versión anterior del 2018. Las nuevas recomendaciones actualizadas se centran principalmente en el tratamiento farmacológico y en el seguimiento de los pacientes. A continuación, se muestran las principales novedades:

Diagnóstico

La guía indica que el nivel del péptido natriurético sérico no diferencia entre insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada, ligeramente reducida y reducida, así como que niveles elevados de éstos, pueden tener otra causa distinta a la insuficiencia cardíaca.

Tratamiento farmacológico:

1 Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida:

- Se recomienda como combinación de medicamentos, un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), un betabloqueante, un antagonista del receptor de mineralocorticoides (ARM) y un inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT-2)
 - En caso de síntomas de insuficiencia cardíaca, a pesar de la dosis máxima tolerada de los 4 medicamentos, considerar la sustitución del IECA por un inhibidor del receptor de neprilisina-angiotensina (INRA). Se recomienda consultar con especialista al introducir los INRA.
 - Si intolerancia a IECA (distinta a angioedema), se debe considerar ofrecer un INRA, betabloqueante, ARM e iSGLT-2.
 - En caso de angioedema tras IECA, o intolerancia a INRA, se recomienda el tratamiento con un betabloqueante, ARM, y considerar antagonista del receptor de angiotensina (ARA-II).
- Evaluar el estado del hierro y la anemia mediante la saturación de transferrina (TSAT), ferritina sérica y hemoglobina:
 - En caso de hemoglobina inferior a 150 g/L y TSAT < 20% o ferritina sérica inferior a 100 nanogramos/ml) debe considerarse el tratamiento intravenoso con hierro sacarosa, carboximaltosa férrica o deroximaltosa férrica.
 - En caso de anemia por déficit de hierro, considerar otras causas distintas a la insuficiencia cardíaca.
- Tratamiento especializado:
 - En caso de intolerancia a IECA, INRA y los ARA-II, consulte con un especialista y considere iniciar con hidralazina en combinación con nitrato.
 - Cuando con los cuatro tratamientos exista empeoramiento a pesar de la optimización del tratamiento, se recomienda consultar con especialista para valorar el inicio con digoxina.

2 Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección ligeramente reducida:

- Se recomienda el tratamiento con IECA, betabloqueante, ARM, e iSGLT-2. En caso de intolerancia a los IECA, considerar ARA-II, betabloqueante, ARM, e iSGLT-2.

3 Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada: Se recomienda un inhibidor de la ARM y un iSGLT-2

Inicio y seguimiento del tratamiento

- La guía recomienda la adaptación del tratamiento (medicamentos, orden de introducción de cada uno de ellos, dosis iniciales e incrementos) según historial médico, fragilidad, pronóstico y preferencias del paciente.
- Se recomienda medir la función renal y los niveles de electrolitos antes del inicio del tratamiento con: IECA, INRA, ARM y ARA-II y realizar mediciones cada 1-2 semanas tras el inicio o aumento de dosis y cada 3-6 meses tras alcanzar la dosis máxima tolerada, y cuando la función renal pueda verse comprometida.
- En caso de enfermedad renal crónica:
 - Si TFG ≤ 45 ml/min/1.73 m² debe considerarse el inicio con dosis iniciales más bajas e aumentos de dosis más pequeños.
 - Si TFG ≤ 30 ml/min/1.73 m², se recomienda considerar la consulta con un nefrólogo.
- Se aconseja medir la presión arterial antes y después de cada incremento de dosis y en caso de síntomas de hipotensión postural.
- Se recomienda seguir las directrices locales si el nivel de creatinina sérica aumenta más del 50% o la concentración de potasio supera los 5,5 mmol por litro.
- Respecto a los betabloqueantes:
 - Antes de la prescripción, evaluar el ritmo cardíaco, frecuencia cardíaca y anomalías de la conducción con un ECG de 12 derivaciones.
 - No prescribir betabloqueantes en personas con bloqueo cardíaco de segundo o tercer grado sin marcapasos, o personas con bradicardia.
 - En caso de síntomas y bradicardia se debe considerar repetir el ECG de 12 derivaciones tras cada aumento de dosis.
- Se debe ofrecer un programa de rehabilitación cardíaca personalizado, accesible, que incluya componentes psicológicos y educativos, y con información de apoyo.